

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1289

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis BIDAULT DES CHAUMES

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 30 juin 1916, à Paris (Seine).

Contribution à l'Etude

des

Staphylococcémies Post-Abortum

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis BIDAULT DES CHAUMES

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 30 juin 1916, à Paris (Seine).

Contribution à l'Etude des Staphylococcémies Post-Abortum

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale	{	LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAT.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{	CUNEO.
		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	{	COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		LÉVY-SOLAI.
		MOCQUOT.
Clinique gynécologique		OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale		LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique		TROISIER.
Clinique de la Tuberculose		MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		LAUBRY.
Clinique de cardiologie		Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie		N...
Assistance médico-sociale		HAZARD.
Professeurs sans chaire	{	NOVELACQUET.
		MULON.
		OLVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-KALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

*Hommage reconnaissant pour l'honneur
qu'il me fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES STAPHYLOCOCCEMIES POST-ABORTUM

Nous avons été incité, en dépit de son caractère incomplet, à publier l'observation d'une malade hospitalisée dans le service du Professeur CUNÉO. Cette malade est entrée, à la suite d'un avortement criminel, dans un état de septicémie aiguë, qui s'est révélée être de nature staphylococcique.

- La rareté du fait,
 - La gravité du pronostic que cette découverte implique,
 - Certaines particularités cliniques,
- sont d'un grand intérêt.

En effet, il s'agit là d'une cause supplémentaire de complication mortelle des avortements, complication qui vient s'ajouter à toutes celles qui sont classiques depuis longtemps, qui peut entraîner des erreurs de pronostic considérables et à laquelle on devra penser.

Cette septicémie a été caractérisée par la rapidité de son apparition, par des métastases microbiennes très particulières et enfin par son évolution accélérée (évolution dont la durée n'a pas atteint huit jours).

Les cas analogues déjà publiés sont très rares, les ouvrages classiques font peu d'allusions au rôle du staphylocoque dans les septicémies post abortum (le

streptocoque étant classiquement l'agent causal de ces complications).

C'est le Professeur Henri MONDOR qui donne dans son traité « Les avortements mortels » les détails les plus complets sur les staphylococcémies post abortum.

Il nous apprend que les septicémies à staphylocoque sont, de toutes les septicémies de l'avortement, celles qui se compliquent de foyers secondaires à leur tour ensemencés.

Comme dit LEMIERRE : « le staphylocoque renonçant à ses habitudes de commensal inoffensif devient un redoutable agresseur ».

Soit que le staphylocoque donne par décharge dans le sang de petites poussées bactériémiques transitoires, successives, sans gravité et sans séquelles, soit au contraire que l'utérus ou un foyer métastatique le déversent dans le sang de façon continue, il y a septicémie. Mais celle-ci ne devient redoutable et importante que dans le second cas où l'ensemencement est renouvelé de façon subintrante.

Il nous apprend de plus qu'il peut y avoir, au point de vue anatomique, autour de l'utérus, comme autour d'un furoncle de la lèvre, des thromboses vasculaires. Plus souvent il s'agit de septico-pyohémie; le staphylocoque, à distance de l'utérus, colonise en divers endroits, engendre des lésions en général suppurées, perceptibles cliniquement et communiquant à l'affection des aspects variables suivant le siège et l'importance de ces déterminations secondaires.

Il peut arriver au bout d'un temps plus ou moins long que le staphylocoque disparaisse du sang, que l'état septicémique cesse et qu'un ou plusieurs foyers métastatiques continuent à évoluer pour leur propre compte.

Le Professeur MONDOR distingue deux formes principales : une forme aiguë, une forme subaiguë.

La forme aiguë, à laquelle on peut rattacher le cas de notre malade, est à début brutal, début pouvant faire croire à une péritonite, à cause des grands frissons, de l'ascension soudaine de la température, parfois précédée d'une chute éphémère au-dessous de la normale.

A l'asthénie s'ajoutent des vomissements, un ballonnement important de l'abdomen, mais le pouls peut être encore bon, bien frappé.

Le début peut encore avoir l'allure de celui des grandes maladies infectieuses : prostration comme dans la typhoïde, mais la température est essentiellement irrégulière, continue ou oscillante, de courbe imprévisible. Stupeur du faciès, langue saburrale et chargée. Lèvres fuligineuses, gros foie, grosse rate, subictère. Quelquefois une oligurie très marquée. Caractères sur lesquels il insiste tout particulièrement. Il note de plus des embolies cutanées (papules acuminées rougeâtres sur les membres, le tronc, la face; bientôt transformées en pustules); ou bien larges taches purpuriques, ecchymotiques, centrées par une bulle purulente où l'on trouvera, fourmil-lants, les staphylocoques.

Puis apparaîtront les parotidites, les foyers pulmonaires, les pleurésies purulentes, les ophtalmies purulentes, les périnéphrites, les synovites, les myosites, les prostatites.

La forme subaiguë est insidieuse d'emblée ou marquée, après un début brusque, d'accalmies parfois assez longues. Elle est toujours pyohémique, et conduit, assez généralement, après suppuration pulmonaire, rénale et autres, à la mort.

Ainsi le Professeur MONDOR cite une observation de FOURNIER où, après une fausse couche provoquée incomplète ayant nécessité un curage digital, la malade a eu quatre jours de répit. Puis le pouls est monté à 130, sans qu'aucun autre signe anormal apparaisse pendant trois jours. Au bout de cette période, la température devient oscillante, entre 37° et 38°6, pâleur accentuée, sans que l'examen génital décele rien d'anormal.

On pense à une septicémie à streptocoques tardive et l'on pratique des injections de sérum antistreptococcique de Vincent. Mais le pouls s'accélère. Le quatorzième jour la malade a deux violents frissons de trente minutes chacun.

On demande une hémoculture dont le résultat est positif : présence de staphylocoques dorés hémolytiques.

Bientôt apparaissent : une dyspnée accusée, de la cyanose de la face et des extrémités, à l'auscultation du cœur on perçoit un bruit de galop, au niveau des poumons on entend des râles humides.

Peu à peu les souffles d'endocardite se précisent, les signes de septicémie se complètent.

A partir du 19^e jour : délire, diarrhée profuse et mort 48 heures plus tard.

L'autopsie confirme le diagnostic de septicémie avec endocardite ulcéro-végétante, en particulier sur la valvule tricuspide où l'on trouve une énorme végétation ulcérée, du volume d'un gros pouce.

Une autre septicémie à staphylocoques dorés vue par le Professeur MONDOR, se manifeste par 3 hémocultures positives que confirme l'apparition sur les fesses et les talons de la malade, de phlyctènes sanglantes et d'un érythème ecchymotique.

Pour une autre malade, les signes de la septicémie au staphylocoque doré restèrent sans amélioration jusqu'au jour où fut découverte et traitée par ponction et auto-vaccin une péricardite suppurée au staphylocoque doré.

— Le Professeur MONDOR publie avec ISRAEL et BÉNASSY une autre observation très intéressante de septicémie post abortum, à staphylocoque blanc cette fois (Journal de Chirurgie, Septembre 1936).

Il s'agit d'un état infectieux grave, consécutif à un avortement récent. Au bout de 3 jours on note des métrorragies intermittentes, un curettage provoque une baisse de la température. L'hémoculture (faite systématiquement dans le service du Professeur MONDOR lors de tout curettage) montre la présence de « *staphylococcus albus* ». Cette hémoculture est suivie de trois autres qui se révèlent également positives

à quelques jours d'intervalle. L'état général est grave, le faciès pâle, on note une splénomégalie modérée, la rate est perceptible sur 3 à 4 travers de doigt. Une semaine plus tard apparaît une localisation importante, localisation pulmonaire qui se manifeste par une hémoptysie abondante, l'expectoration devient progressivement purulente sans qu'il y ait eu de vomique, un examen de crachats montre l'existence de pneumocoques et de staphylocoques; bientôt apparaît un épanchement purulent de la base droite dans le liquide duquel le staphylocoque pousse à la culture. A l'auscultation, en plus d'un foyer principal qu'on avait entendu lors de l'apparition de l'hémoptysie, on note de nouveaux foyers disséminés.

A l'auscultation du cœur on entend un léger souffle systolique de la pointe.

La radiographie thoracique montre des foyers pulmonaires formant de multiples opacités.

Enfin l'examen du sang révèle une anémie progressive : en effet, une numération globulaire faite au début de la maladie montrait :

4.050.000 globules rouges, contre
6.000 leucocytes,

alors qu'une numération globulaire faite 3 semaines plus tard ne montre plus que 1.860.000 globules rouges, contre seulement 4.000 leucocytes.

(Ce n'est que pendant les tout derniers jours que l'on notera une légère hyperleucocytose à 9.000 éléments).

Cette absence d'hyperleucocytose, coïncidant avec

une polynucléose très nette (80 à 96,5 %) est un fait remarquable.

Enfin, pendant les derniers jours de la maladie apparaissent des éruptions : vésicules perlées remplies d'une sérosité limpide, puis louche, sans érythème, apparaissant à la base du cou, aux plis de flexion. Ces caractères l'ont fait considérer comme une éruption de sudamina surinfectée par le staphylocoque.

A la période terminale apparaissent : le ballonnement abdominal, la diarrhée. La mort se fait au bout d'un mois d'évolution et pendant cette période il y eût au total 4 hémocultures positives au staphylocoque blanc.

Le traitement qui a été fait est le suivant :

— Après avoir abandonné le rubiazol à la suite de la première hémoculture, on a pratiqué une sérothérapie antitoxique staphylococcique à doses progressivement croissantes jusqu'à 20 cc. Cette sérothérapie a été suivie d'injections d'anatoxine (après injection d'épreuve intradermique) de 1/4, 1/2, puis 1 centimètre cube d'anatoxine staphylococcique à trois, quatre jours d'intervalle.

On a également utilisé la transfusion en petite quantité : 150 cc., ainsi que les tonicardiaques et la strychnine.

A l'autopsie, l'examen du cœur révèle une endocardite végétante de la valvule tricuspide. L'examen des poumons montre un abcès excavé de 3 cm. de diamètre dans le lobe moyen droit. De plus, dans

toute l'étendue du parenchyme pulmonaire, de multiples petits foyers d'infarcissement. Dans le rein, trois petits abcès métastatiques. Rien de visible sur les vaisseaux du bassin. Anatomie pathologique : tous les abcès métastatiques pulmonaires et rénaux, sont riches en cocci Gram positif. On en trouve aussi dans la médullaire de la surrénale. Par contre, étant donné l'analogie de ces lésions avec celles de la tuberculose, et les antécédents bacillaires de la malade, les recherches des signes histologiques de la tuberculose se révèlent complètement négatives. Chacun des petits abcès pulmonaires contenant des staphylocoques en quantité est, fait remarquable, centré sur un vaisseau contenant une embolie microbienne massive. Dans la végétation fibrineuse surmontant la tricuspide, on trouve également des bactéries en paquet.

Tous ces faits semblent capitaux au Professeur MONDOR, principalement l'existence d'une endocardite, qui, pour être moins fréquente qu'au cours des streptococcémies, n'est pas rare au cours des staphylococcémies. Cependant l'endocardite décrite est peu commune. Le diagnostic d'endocardite était impossible; le souffle sans caractère endocardique. Aucune manifestation embolique n'était survenue en apparence.

L'importance du foyer endocardique paraît cependant considérable. Le Professeur MONDOR nous dit que, le foyer d'infection pelvienne ayant rapidement disparu, on peut se demander si ce n'est pas le foyer d'endocardite où s'est fixé le germe qui a entretenu ultérieurement la septicémie.

Les abcès pulmonaires multiples qui paraissaient une localisation secondaire de la septicémie semblent sinon d'après la clinique, du moins d'après l'anatomie pathologique, la conséquence de micro-embolies septiques parties du cœur droit. Du point de vue biologique, deux faits principaux sont à retenir :

tout d'abord, l'intensité et le caractère progressif de l'anémie;

deuxièmement, l'absence d'hyperleucocytose avec cependant polynucléose.

Le Professeur MONDOR admet, avec DELBET et CHEVASSU, que ce type de réaction leucocytaire est du plus fâcheux pronostic au cours d'une infection à pyogènes.

C'est surtout du point de vue diagnostique que le défaut d'hyperleucocytose doit être retenu, car il oriente habituellement vers d'autres affections que les septicémies à pyogènes. Au point de vue bactériologique, les auteurs insistent sur le fait que le germe trouvé est un staphylocoque blanc, qui, à aucun moment, n'a acquis de pouvoir chromogène.

Histologiquement, l'examen de l'utérus ne décèle aucune lésion, ni sur la muqueuse, ni sur le myomètre. Seules, les veines de celui-ci étaient très dilatées, mais ces lésions congestives ne contenaient aucune exsudation cellulaire. Un acte opératoire dirigé sur l'utérus eût été déplacé. Le foyer commençant était ailleurs. Telle est la conclusion de cette observation citée par le professeur MONDOR.

Une autre observation est publiée par Monsieur le

P^r RATHERY, MM. DELOT et KOLINE à la Société Médicale des Hôpitaux de juillet 1934.

Ils citent le cas d'une hépato-néphrite infectieuse d'origine vraisemblablement staphylococcique et s'attachent à une étude des troubles humoraux faite d'une façon extrêmement complète.

Il s'agit également d'une fausse-couche traumatique suivie le lendemain d'augmentation de la température avec absence de signes utérins; mais, apparition progressive de toux et de dyspnée, à l'auscultation on perçoit des signes de condensation pulmonaire à la base gauche; une ponction exploratrice est pratiquée à ce niveau, ramène un liquide louche mais non franchement purulent.

La malade, jusqu'alors soignée en ville, est admise à l'hôpital, où l'on constate une arythmie assez marquée de la polypnée et surtout un léger ictère généralisé.

De plus, la malade se plaint d'une constipation opiniâtre. A l'examen, on trouve un foie un peu augmenté de volume et douloureux à la palpation; une rate non perceptible (fait remarquable, car, dans la plupart des autres observations, on note une augmentation de volume de la rate); l'auscultation pulmonaire révèle un foyer de râles sous-crépitaux, et l'auscultation du cœur permet d'entendre des bruits normaux, il n'y a pas de souffle d'endocardite. L'ictère constaté est un ictère sans décoloration des matières, mais accompagné d'une part, d'une baisse du taux des hématies, d'autre part, de cholurie vraie

avec cholalurie. La résistance globulaire serait plutôt augmentée. Il existe, d'autre part, une hypochlorémie avec rétention chlorée. Sur la peau de la région lombaire gauche est apparu peu à peu un élément papuleux dont le centre se soulève en une pustule. Les auteurs pensent qu'il s'agit là probablement d'une affection à staphylocoques. En effet : deux hémocultures sur bouillon, une hémoculture sur gélose, la culture du pus d'une pustule cutanée, ont fait chaque fois ressortir le staphylocoque blanc. Ils ne concluent pas à une relation de cause à effet entre la présence du staphylocoque et cette septicémie accompagnée d'une hépato-néphrite. Le germe a-t-il été un germe de sortie, ou bien la cause première de la septicémie ?

Cependant, l'allure clinique de cette affection fébrile avec ictère, phénomènes pulmonaires et cutanés, rappelle à grands traits la symptomatologie considérée comme caractéristique des staphylococcies par Monsieur le P^r LEMIERRE.

Citons maintenant une observation toute récente relevée dans le service de M. le Professeur CUNÉO :

La malade, Madame M... âgée de quarante ans, d'origine polonaise, est hospitalisée d'urgence dans le service, le 3 octobre 1939 au soir, pour température élevée à 39°4 et métrorragies. La malade interrogée avec de grandes difficultés avoue que depuis quatre jours elle perd du sang, a une température élevée et a eu une épistaxis unique de longue durée, une semaine auparavant.

Elle n'avait pas eu ses règles depuis le 3 juillet 1939 et

finit par reconnaître qu'elle a été consulter une personne qui lui a fait subir des manœuvres abortives, sans vouloir d'ailleurs donner aucune précision à ce sujet. Cet aveu est confirmé, comme cela est généralement le cas, lorsqu'il est au courant de ces manœuvres, par l'inquiétude de l'entourage immédiat de la malade qui vient prendre de ses nouvelles jusqu'à quatre fois par jour.

A l'examen gynécologique on sent un col plutôt fermé, ramolli, un utérus dépassant de plus d'un travers de doigt la symphyse pubienne et ayant la consistance classique dite de la figue mûre. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux et ne présentent aucune masse annexielle; le doigtier est souillé par un liquide sanguinolent sale et malodorant. On met de la glace sur le ventre et l'on institue, comme en pareil cas un traitement au rubiazol (6 comprimés par jour); le soir même, pose d'une laminaire. Le lendemain matin, la température se maintient élevée et monte même jusqu'à près de quarante degrés. On s'aperçoit alors qu'un panaris de la pulpe du pouce droit était passé inaperçu au cours de l'examen, la veille au soir. Il s'agit d'un panaris d'un type spécial avec teinte pâle des téguments. Panaris peu douloureux et sans gros signes inflammatoires autour de la petite phlyctène centrale. En même temps on note un autre panaris à type de tourniole situé autour de l'ongle du médius de la même main, se caractérisant également par une phlyctène pâle entourant la sertissure de l'ongle qui est peu douloureux à la pression. On pratique immédiatement le curettage utérin qui ramène des débris placentaires altérés malodorants. On laisse une mèche iodoformée vaginale et devant l'augmentation de la température on passe de 6 à 8 comprimés de rubiazol par jour.

En effet et contrairement à ce qui a été vu dans les observations précédentes, le curettage n'amène aucune sédation des signes généraux. La température monte encore à 40°4 et l'état général de la malade s'altère considérablement quoique le pouls reste bien frappé. Le lendemain, on note l'extension du processus métastatique infectieux : on assiste à l'apparition d'une nouvelle tourniole de l'index

gauche et d'une petite phlyctène dorsale au-dessous de l'ongle de l'annulaire gauche; on décide d'inciser les deux premiers panaris. Le panaris de la pulpe du pouce droit est ouvert par l'incision en croix; il s'en échappe peu de pus, mais le trajet purulent exploré conduit à l'os qui est déjà attaqué; on pratique un grattage de la phalange. On incise également le panaris péri-unguéal du médius droit et on pratique l'ablation de l'ongle. On peut alors constater qu'il n'y a pas de lésion osseuse apparente à ce niveau.

La malade est légèrement dyspnéique et malgré l'absence de signes pulmonaires on fait une révulsion thoracique.

Le quatrième jour à dater de son entrée, la température se maintient toujours autour de quarante degrés, la dyspnée s'est accentuée; la malade accuse de grands frissons. L'examen gynécologique répété ne montre rien d'utérin ni de péri-utérin; les lochies sont peu abondantes et n'exhalent aucune odeur spéciale.

L'attention n'ayant malheureusement pas encore été attirée vers un germe autre que le streptocoque, on augmente encore les doses de rubiazol.

Le cinquième jour, l'état est encore plus alarmant; la dyspnée est considérable, la pâleur est apparue, les traits sont tirés; l'examen génital est encore négatif, mais la rate se révèle percutable sur trois à quatre travers de doigts; par contre, à cette période relativement tardive, l'auscultation du cœur et des poumons est totalement négative.

On incise les autres panaris qui présentent les mêmes caractères que le premier et on demande une hémoculture ainsi qu'une radiographie thoracique. Sans en attendre le résultat, on institue un traitement à la septicémine intraveineuse.

Le lendemain, l'état général n'est pas modifié, la température toujours élevée, la pâleur encore plus accentuée; la radiographie montre de petites ombres pulmonaires très peu nettes et surtout un cœur très augmenté de volume, simulant de près le cœur de la péricardite; cependant il n'y a pas de douleur précordiale franche, il n'y a pas de souffle orificiel et il n'y a toujours pas de râle ni de matité pulmonaire.

Le 9 octobre, l'hémoculture se montre positive et décèle la présence de staphylocoques dorés; on note en même temps l'apparition de nodosités cutanées intradermiques; certaines sont seulement érythémateuses alors que d'autres sont centrées par une petite phlyctène contenant du liquide purulent. Ces éléments sont situés aux plis de flexion, spécialement au genou où ils ont un aspect de furoncles. (c'est-à-dire que la phlyctène est centrée par un bulbe pileux), au coude et aux orteils où ils sont très étendus. Quelques ecchymoses sont à noter également sur l'abdomen.

On fait un traitement anatoxine staphylococcique en injectant d'abord une dizaine de centimètres cubes d'anatoxine intra-dermique, puis un quart de centimètre cube sous-cutané au bout d'un quart d'heure. Les bruits du cœur étant devenus très assourdis, on administre des tonocardiaques et on remplace le rubiazol par le Dagenan (12 comprimés par jour).

Le lendemain, l'état général s'altère rapidement, la malade tombe dans le coma et meurt quelques heures plus tard. L'autopsie n'a malheureusement pas pu être pratiquée.

Il est évident que cette observation est moins complète et moins démonstrative que les précédentes; en effet, il y manque la répétition des hémocultures, une recherche locale des germes dans le pus des panaris et dans les phlyctènes des éléments cutanés, des numérations globulaires qui auraient permis de mettre en évidence une anémie progressive que la clinique a permis de déceler, et des taux de leucocytose qui auraient permis d'intéressantes comparaisons avec ceux trouvés par les auteurs précédemment cités. Il est de même regrettable qu'une autopsie n'ait pas permis des recherches anatomo-pathologiques d'une si grande

importance pour mettre en évidence la présence des germes dans les métastases suppurées.

Cependant, l'absence complète de signes inflammatoires utérins et péri-utérins qui a été notée précédemment, l'évolution extrêmement rapide (qui n'a pas permis de nombreux examens de laboratoire), les panaris multiples avec atteinte osseuse, alors que chacun connaît l'affinité du staphylocoque à l'égard du tissu osseux, permettent de conclure à la nature staphylococcique de cette septicémie post-abortum.

Ce faisceau de signes en faveur de ce diagnostic est d'ailleurs renforcé par le caractère si particulier des manifestations cutanées érythémateuses et phlycténoïdes que l'on retrouve dans toutes les observations et spécialement dans une observation personnelle citée dans le traité des « avortements mortels » du professeur MONDOR. (Observation illustrée par une planche en couleurs hors-texte montrant de remarquables reproductions de ces accidents cutanés).

CONCLUSIONS

En conclusion : nous dirons donc que, en présence d'un état infectieux consécutif à un avortement, de nombreuses particularités cliniques et biologiques devront faire penser à la présence du staphylocoque.

Qu'il s'agisse de staphylocoque blanc ou staphylocoque doré, le pronostic sera donc toujours réservé.

La conduite à tenir en pareil cas, peut être, croyons-nous, résumée de cette manière :

— Pratiquer une hémoculture d'urgence, comme cela est d'ailleurs fait systématiquement par certains auteurs, répéter ces hémocultures de toute manière, et, en cas de résultat positif concernant le staphylocoque :

— Discuter l'opportunité d'une hystérectomie qui supprimerait une source septique ensemençant les milieux sanguins par des décharges bactériennes répétées.

— Dans tous les cas, pratiquer un traitement par le sérum et surtout l'anatoxine anti-staphylococcique.

— C'est de cette manière qu'il faut, croyons-nous, conclure cette observation, malheureusement moins complète que les précédentes.

Vu, Le Président de thèse,
CUNÉO.

Vu, Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

MONDOR (H.). — Les avortements mortels.

LEMIERRE, LAPORTE. — Cas de septicémie polymicrobienne avec staphylococcémie post-partum. *Société Médicale des Hôpitaux* du 14 juin 1935.

RATHERY, DELOT, KOLINE. — Cas d'hépatonéphrite infectieuse post-abortum d'origine vraisemblablement staphylococcique. *Société Médicale des Hôpitaux* du 6 juillet 1934.

MONDOR (Israël) et BENASSY. — Septicémie staphylococcique après avortement. *Journal de chirurgie*, Septembre 1936.

PETTIGREW (A.). — Post-abortal septicemia due to staphylococcus albus. *Union Médicale du Canada*, 1937.

